

【障害認定継続】

届出者名	足利 一郎	本人との関係	長男
連絡先電話番号	0284-20-2184		

申請区分	1 新規	3 喪失	
申請事由	<input type="checkbox"/> 広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号の認定申請 <input type="checkbox"/> 職権記載 <input type="checkbox"/> その他() 上記いずれかの事由による資格 異動の発生年月日 (. .)	<input type="checkbox"/> 同一広域連合区域内の異動 <input type="checkbox"/> 法第55条第1項又は第2項適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他() 上記いずれかの事由による資格 異動の発生年月日 (. .)	<input type="checkbox"/> 他広域連合への転出 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第55条第1項又は第2項不適用 <input type="checkbox"/> その他() 上記いずれかの事由による資格 異動の発生年月日 (. .)

届出者 = 申請書に記入される方です

新規(変更・喪失)

変更前

被 保 険 者	フリガナ	アシカガ タロウ		
	氏名	足利 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	個人番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1	個人番号(マイナンバー)は確認できれば記入してください	
	生年月日	明治・大正・昭和 30年 3月 4日		
	住所	足利市本城3丁目2145番地		
	被 保 険 者 情 報	保険者番号	3 9 0 9 2 0 2 8	※ 第2号認定申請者の申請 被保険者番号を記入してください <input type="checkbox"/> 以前加入していた被保険者証の写し
		被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	
障 害 の 状 況	次の書類のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神障害手帳 (級) <input type="checkbox"/> 国民年金証書 (級) <input type="checkbox"/> 転入前の広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()			
世 帯 の 状 況	該当する欄にチェックしてください		性別 男・女	
	世帯主生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	世帯主との続柄			

上記のとおり、関係書類を添えて申請(届出)します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者

住所

足利市本城3-2145

氏名

足利 太郎

連絡先

0284-20-2184

申請者 = 被保険者 です

※ 障害認定申請及び障害認定撤回申請については個人番号の記入を省略することができます。

※ 世帯変更の届出については、「世帯の状況」欄についてもご記入ください。